

**FORMA DE INFORMACION DE LA SALUD MENTAL DEL INTERNO**

**INFORMACION DEL INTERNO**

NOMBRE LEGAL COMPLETO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO ANTES DE PRISION: \_\_\_\_\_

CDCR #: \_\_\_\_\_ EDIFICIO Y NUMERO DE CELDA SI SABE: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE CONTACTOS FAMILIAR**

ESTA FORMA ESTA SIENDO ESCRITA POR: \_\_\_\_\_

MIEMBRO DE FAMILIA QUE PUEDE SER CONTACTADO CON RESPECTO A ESTA FORMA: \_\_\_\_\_

RELACION CON EL INTERNO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO/ CP: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE DIA: \_\_\_\_\_ TELEFONO DE TARDE: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LA SALUD MENTAL**

**INFORMACION DEL SIQUIATRA:**

NOMBRE : \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ FECHAS APROXIMADAS DEL TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PSICOLOGO/CONSEJERO:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ FECHAS APROXIMADAS DEL TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

DESCRIBA EL HISTORIAL DE LA SALUD MENTAL DEL INTERNO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_

Efectos secundarios o reacciones negativas a los medicamentos: \_\_\_\_\_

¿ESTA USTED PREOCUPADO DE QUE EL INTERNO SE HAGA DAÑO A SI MISMO? NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_

Si es SI, explique sus preocupaciones: \_\_\_\_\_

¿HAY UN MIEMBRO DE SU FAMILIA QUE HAYA INTENTADO SUICIDARSE EN EL PASADO? NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_

Si es SI, proporcione fecha(s) aproximada(s) y el número de intentos/amenazas de suicidio: \_\_\_\_\_

¿Qué estaba pasando que podría haber provocado pensamientos o comportamiento de suicidio? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INFORMACION MEDICA**

**MEDICO:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ FECHAS APROXIMADAS DEL TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

DESCRIBA LAS PREOCUPACIONES MÉDICAS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE CONTACTO RICHARD J. DONOVAN CORRECTIONAL FACILITY**

**POR FAVOR ENVIE ESTA FORMA POR FAX O CORREO A: DR. RICK BJORKLUND, CHIEF PSYCHOLOGIST**

**DIRECCION: R. J. DONOVAN CORRECTIONAL FACILITY/ P.O. BOX 79906/ SAN DIEGO, CALIFORNIA 92179 o FAX:**

**(619) 671-7585**

**NOTA: Si tiene usted información adicional que quisiera compartir con nosotros, adjúntela por favor en una hoja por separado.**

***¡Gracias por su cooperación!***